

**IV. 12 + 12 STUNDEN
GUTE
KURZZEITTHERAPIE**

4. Wie Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden stattfinden kann

Wir haben nun alles zusammengetragen und gründlich betrachtet, was für eine gute Kurzzeittherapie benötigt wird. Jetzt wäre es interessant, sich auch noch vorstellen zu können, wie diese 12 plus 12 Stunden ablaufen könnten. Sie wird hier als Strategische Kurzzeittherapie SKT beschrieben, aufbauend auf dem SKT-Konzept von Sulz (1994) - in der erweiterten Fassung von 2011 (Sulz 2011a) und auf den Erkenntnisstand von 2017 aktualisiert. Natürlich nicht als normative Vorgabe mit der Warnung, dass ein Abweichen von dieser Route zu einem schlechteren Therapieergebnis führen wird. Vielmehr als eine von hunderten von ganz persönlichen und originellen Varianten der Anwendung psychotherapeutischer Kunst, die natürlich den Kontakt zum stabilen Fundament der Psychotherapie-Wissenschaft hält.

Dennoch entsteht aus obigen Betrachtungen eine logische Abfolge von Therapieinhalten und Therapieprozessen, die hier beschrieben werden soll. Diese Logik entstammt nicht dem zielorientierten Denken der TherapeutIn, sondern die Therapieschritte entfalten sich aus der Interaktion von Patient und TherapeutIn von selbst, so dass sie nur beschriftet bzw. aufgegriffen werden müssen – als etwas was sich schon eingestellt hat, schon da ist und darauf wartet, angegangen zu werden. Eingestreut in diese Schrittfolge sind die wissenschaftlich nachgewiesenen Wirkfaktoren der Psychotherapie, so dass sie ausreichend Wirkung entfalten können. Ebenso sind die großen Therapie-Widerstände in die Prozessabfolge eingebunden, so dass sie überwindbar werden bzw. ihre vitale Energie in Änderungskraft umgewandelt werden kann.

Konsequent aufgegriffen hat dieses Kurzzeittherapie-Konzept unser Ansatz der *Psychiatrischen – Psychosomatischen – Psychologischen Kurz-Psychotherapie PKP*.

Diese ist aus der Strategischen Kurzzeittherapie SKT hervorgegangen. Sie ist im Gegensatz zu dieser aber nicht störungsübergreifend sondern störungsspezifisch. Das Konzept sollte so einfach und klar wie möglich sein, so praktikabel wie möglich und so ansprechend wie möglich. Dabei kam ein Set von Therapiekarten heraus, das zwar auch eine logischen Abfolge hat, aber frei mit eigenen Schwerpunktsetzungen eingesetzt werden kann. Da ab 1. April 2017 nicht nur ÄrztInnen Sprechstunden abhalten, sondern auch Psychologische PsychotherapeutInnen, ist das PKP-Konzept ideal: Die Therapiekarten sind Sprechstundenkarten, mit denen in einer 25-Minutensitzung ein praktisches Thema effektiv bearbeitet werden kann – was in der nächsten Sprechstunde einfach fortsetzbar ist – mit den nächsten Karten.

Wer noch mehr ins Praktische gehende Anregungen oder Arbeitsmaterialien haben möchte, findet im „Praxismanual Strategien der Veränderung von Erleben und Verhalten (Sulz 2009b)“ eine umfangreiche Sammlung – auch als Kopiervorlagen: 33 Arbeitsblätter zu den 12 plus 12 Therapiestunden sowie wiederum daraus abgeleitet und abgestimmt 31 Experimente. Mit diesen wird die Kurzzeittherapie für den Patienten ein sehr aktives halbes Jahr, in dem er selbst vieles selbständig in die Hand nimmt und reichlich Möglichkeit findet für das zentrale neue Erleben: Selbstwirksamkeit. Sowohl der Umgang mit sich selbst als auch der Umgang mit Beziehungen wird zunehmend erfolgreicher und befriedigender.

4.1 Die Durchführung einer guten Kurzzeittherapie in 12 plus 12 Stunden – Vorbemerkung

4.1.1. DIE THERAPIEVERLAUFSSTADIEN – INHALTLICH UND PROZESSUAL

1. Erstgespräch: Der Mensch, seine Beschwerden
2. Symptome, Syndrome, Diagnosen
3. Anamnese: Biographie und Familie
4. Überlebensregel, Entwicklung, Persönlichkeit und Beziehung
5. Fallkonzeption
6. Symptomtherapie
7. Ressourcenanalyse & Ressourcenmobilisierung
8. Metakognitionstherapie: Entwicklung kausalen Denkens
9. Tiefe emotionale Erfahrung – Gefühle wahrnehmen
10. Widerstandsanalyse
11. Neuer Umgang mit mir und mit anderen
12. Angst vor Veränderungen
13. Neuer Umgang mit Bedürfnis, Angst, Wut, Trauer
14. Niederlagen machen „wehrhaft“
15. Umgang mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen
16. Entwicklung zur zwischenmenschlichen Stufe – Empathie
17. Persönliche Werte – vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen
18. primärer, sekundärer und tertiärer Selbstmodus
19. Das neue Selbst und die neue Welt
20. Neue Beziehung
21. Automatisierung, Generalisierung, Selbstmanagement
22. Nach dem Überleben kommt das Leben
23. Rückfallprophylaxe
24. Abschied und Neubeginn

Bevor wir die einzelnen Therapiesitzungen vom Erstgespräch bis zur Abschlussitzung beschreiben, sei hier teils als Wiederholung ein Überblick über die gesamte Therapie gegeben. Anfangs ist

die Behandlung wie ein Wald, bei dem immer wieder das Bedürfnis aufkommt, zu erkennen, wo wir uns gerade befinden, woher wir kommen, was noch auf uns zukommt und wohin es gehen wird.

Der Verlauf der Therapie wird von Kanfer et al. (2012) in sieben Phasen eingeteilt (7-Phasenmodell):

1. Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen,
2. Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen,
3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell,
4. Vereinbaren therapeutischer Ziele,
5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden,
6. Evaluation therapeutischer Fortschritte,
7. Endphase: Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie.

Diese Einteilung ergibt im Wesentlichen einen Ablauf der Therapieinhalte. Was macht eine TherapeutIn erklärtermaßen in welcher Reihenfolge?

Wenn man den inhaltlichen vom prozessualen Ablauf der Therapie unterscheidet und konsequent bei den Therapieinhalten bleibt, so ergibt sich ein geringfügig verändertes inhaltliches **Ablaufmodell**:

1. Diagnostik
2. Indikationsstellung
3. Verhaltens-, Bedingungs- und Funktionsanalyse
4. Zielanalyse
5. Therapieplanung
6. Therapiedurchführung
7. Therapieabschluss und Evaluation des Therapieergebnisses

Den **Therapieprozessverlauf**, der thematisch deutlich vom inhaltlichen Therapieverlauf zu unterscheiden ist, haben z. B. Jacobson und Christensen (1992) in drei Prozessphasen eingeteilt:

1. Klärungsphase
2. Akzeptanzphase
3. Änderungsphase

Grawe (1998, 2004) unterscheidet zwei Phasen:

1. Klärungsphase
2. Änderungsphase

Wir können nun diesen zwei groben Prozessphasen die in Kapitel „Therapieprozess“ beschriebenen zwanzig Prozessschritte zuordnen und so zu einem **prozessualen Ablaufmodell** kommen (Sulz, 2005c, 2007, 2011):

A DIE THERAPIE BEFINDET SICH IN DER KLÄRUNGS- UND MOTIVIERUNGSPHASE (1 – 10)

A1 Startphase (1 – 3)

1. Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg)
2. Aufbau einer förderlichen Beziehung, Bedürfnisbefriedigung mit dem Ziel des Wohlbefindens und des Freisetzens von Ressourcen
3. Aufbau von Therapiemotivation

A2 Aufbauphase (4 – 10)

4. Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Exposition)
5. Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen
6. Herstellen von Akzeptanz
7. Ressourcenmobilisierung
8. Herstellen einer Änderungsentscheidung
9. Fördern von Loslassen des Alten, Trauer
10. Bewältigung der Angst vor Veränderung und vor Neuem

B DIE THERAPIE BEFINDET SICH IN DER ÄNDERUNGS- UND STABILISIERUNGSPHASE (11 – 20)

B1 Änderungsphase (11 – 13)

11. Veränderung des Verhaltens und Erlebens
12. Erfahrung von Selbsteffizienz
13. Umgang mit Niederlagen

B2 Stabilisierung (14 – 17)

14. Automatisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
15. Generalisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
16. Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens
17. Bahnung weiterer Selbstentwicklung

B3 Abschluss (18 – 20)

18. Vorbereiten auf Abschied, Beenden der Therapie
19. Vorbereiten auf die Zeit nach der Therapie (die ersten Monate)
20. Vorbereiten auf die Zukunft

Wir erhalten so ein prozessuales Ablaufmodell der Therapie. Die TherapeutIn kann zunächst den Prozessverlauf hinsichtlich der Phasen und der einzelnen Schritte einschätzen, z. B. nach jeweils fünf weiteren Sitzungen reflektieren, wo die Therapie inzwischen angekommen ist und wo sie noch nicht ist (Hier hilft der QMT07-Fragebogen zum Rating des Therapieprozessverlaufs. Parallel kann der Patient dieselben Fragen beantworten (QMP07), so dass ein Vergleich möglich ist.)

Therapieprotokoll

Aufzeichnungen während der Therapiestunden sind bei manchen TherapeutInnen verpönt. Sie stören allerdings den Patienten kaum. Ständiges Mitschreiben würde tatsächlich den Dialog stören. Aber das kurze zwischenzeitliche Niederschreiben eines wichtigen Aspekts dann, wenn eine Sequenz intensiver interaktioneller Intervention (z. B. Exposition oder Rollenspiel) gerade beendet ist, gibt auch dem Patienten die Möglichkeit, aus dem Modus des unmittelbaren, affektiven Erlebens in den Modus der metakognitiven Reflexion über das gerade Geschehene zu wechseln. Dieser Wechsel ist für das therapeutische Arbeiten unverzichtbar. Der Patient kann gleichzeitig seine eigenen Notizen machen. Sonst wird Therapie zu einem Agieren, das zwar willkommene kathartische Effekte erzielt. Diese Katharsis ist aber ein Ventil, das den Status quo erträglich macht und dadurch die Motivation zur Änderung und Entwicklung verhindert.

4.1.2 DURCHFÜHRUNG ALS KURZZEIT-THERAPIE – DIE ZEIT SPIELT EINE ROLLE

Bis jetzt wissen wir, welche Interventionen geplant sind, um welches Ziel zu erreichen. Wir wissen noch nichts über die Reihenfolge ihrer Anwendung und über die Zahl der Therapiestunden, die jeweils benötigt wird. Natürlich wird man zum Beispiel einen Bildhauer nicht fragen, welche Zeit er für die nächste Skulptur einplant und welchen Zeitaufwand er für die abgrenzbaren Detailabschnitte seiner Arbeit kalkuliert. Und natürlich können wir Psychotherapie, insbesondere, wenn sie als Entwicklung gesehen wird, ebenso als freies kreatives Schaffen betrachten (Sulz, 2014c, 2015c). Doch gerade die Betrachtung der biologischen und psychischen Entwicklung des Menschen zeigt uns, dass Entwicklung ihre Zeit braucht. Zu wenig ist genauso schlecht, wie zu viel. Die zu lange Schwangerschaft, das zu lange Stillen, das zu lange Behüten, das zu lange Binden an äußere Normen sind entwicklungsschädigend. Es gibt nicht wenige Therapien, in denen der Patient, zum Beispiel auch durch zwei Therapiestunden pro Woche, zu lange „bebrütet“ wird und durch Regression die Progression gefährdet wird. Es ist also nicht nur eine Frage der Anzahl der von der Krankenkasse bezahlten Therapiestunden, wieviel Zeit für bestimmte Teilabschnitte der Therapie aufgewendet wird.

Mit Ausnahme von mehrstündigen Expositionstrainings bedürfen häufige und lange Therapiegespräche der besonderen Begründung. Die gemeinsam mit der TherapeutIn verbrachte Zeit ist ein Herausholen aus der natürlichen Umwelt und aus dem sozialen Kräftefeld in einen Schonraum, der zwar dem Patienten ein gefahrloses Explorieren seiner Psyche erlaubt und ihm den Mut zu Neueinschätzungen der Welt und zu Entscheidungen gibt. Aber um diese Entscheidungen in die Tat umsetzen zu können, braucht er ausreichend Zeit zwischen den Therapiesitzungen. Es sind auch nicht weitere wöchentliche Stunden zu diesem Thema erforderlich. Kurze, fünf- bis zehnminütige Berichterstattungen reichen aus, damit die TherapeutIn erkennen kann, dass der Patient „in eigener Regie“ die vereinbarten Schritte unternimmt.

Manche TherapeutInnen verhalten sich so wie Eltern, die ihrem Kind das Fahrradfahren beibringen und überbehütend zu lange festhalten, so dass die Versuche des Kindes, ein eigenes Gleichgewicht herzustellen ständig von ihnen gestört werden. Eine falsch verstandene Grundhaltung der Entwicklung macht Therapiestunden zu Plauderstunden, die gerade keine Entwicklung ermöglichen, sondern die TherapeutIn die falsche Rückmeldung geben: „Die Stunden bei Ihnen tun mir ja so gut. Ich fühle mich so von Ihnen verstanden. Das hält dann immer mindestens drei Tage an.“ Im Klartext berichtet der Patient, dass die TherapeutIn ihm Linderung verschafft, ohne dass unbequeme Änderungen erforderlich werden. Da sind schnell 40 bis 80 Therapiestunden verbraucht. Das Therapieergebnis ist dann, dass es dem Patienten mit Therapie und TherapeutIn gut, ohne TherapeutIn und ohne Therapie schlecht geht.

Ein Plädoyer für die Kurzzeittherapie stützt sich weniger auf Zeitknappheit oder die Frage der Finanzierung. Vielmehr ist mit ihr eine therapeutische Grundhaltung verbunden, die mit der Zeit sorgfältig umgeht. Dies bedeutet, dass Entwicklung nicht in den Therapiestunden, sondern zwischen den Therapiestunden geschieht.

In den Therapiestunden werden lediglich Anstöße zur Entwicklung gegeben und Blockaden und Barrieren beiseite geräumt. Dies geschieht in einer aktiven und konfrontierenden Weise. Die einzelnen Therapiestunden müssen gut vorbereitet werden und sie müssen eine definierte Teiletappe des strategischen Wegs zum Ziel sein. Eine Therapiestunde muss an die vorhergehende Stunde anschließen, auf sie aufbauen und die nächste Stunde vorbereiten. Im Gegensatz dazu steht die zufällige Aneinanderreihung von Gesprächen, deren Inhalt und Ablauf von den Berichten des Patienten bestimmt ist und bei denen die TherapeutIn nur eine reagierende Rolle spielt, also eine konzeptionelle Gestaltung ausbleibt. Sowohl die verhaltenstherapeutische Selbstkontrolltherapie von Roth und Rehm (1986) als auch die kognitiv-psychodynamische Interpersonale Psychotherapie (IPT) von Klerman und Mitarbeitern (1984) waren gut strukturierte Kurzzeitbehandlungen der Depression.

Die konzeptionelle Einbettung jeder Therapiestunde in das Gesamtkonzept und die systematische Nutzung der Zeit zwischen den Therapiestunden durch zielorientierte Aktivitäten des Patienten führen dazu, dass sich jede Therapiestunde in drei Abschnitte gliedert:

- 1) Besprechung der zwischenzeitlichen Aktivitäten und Erfahrungen
- 2) Das neue, heutige Thema
- 3) Nachbesprechung und Vereinbarung der Aktivitäten bis zur nächsten Therapiesitzung

Abschnitt 1 und 3 sind Arbeitsbesprechungen, die dem Patienten helfen, dass er neue Wege in seiner Lebens- und Beziehungsgestaltung geht und dass er auf diesen Wegen fortschreitet, d. h. dass er wirksame Änderungen herbeiführt. Ohne die regelmäßig zu erwartende ernsthafte Beschäftigung der Therapeuten mit den Unternehmungen zwischen den Therapiesitzungen würden diese rasch unterbleiben. Kurzzeittherapie ist aber darauf angewiesen, dass der Patient das in der Therapiestunde Erarbeitete gleich versucht in seinem Leben umzusetzen. Seine dabei gemachten Erfahrungen sind eine empirische Prüfung (Bestätigung oder Falsifizierung) der subjektiven affektiv-kognitiven Neukonstruktionen in der Therapie.

Oder mit einem Bild ausgedrückt: Patientin und Therapeuten sind Architekten, die in der Therapiesitzung die Pläne für das zu bauende Gebäude zeichnen. Der Patient ist zwischen den Therapiesitzungen der Baumeister. Erst seine praktischen Versuche, die Mauern des Gebäudes zu errichten, zeigen die Verwendbarkeit der Architektenpläne. Und er ist auch bald Bewohner des neuen Gebäudes, d. h. des neuen Selbst-Welt-Systems und erprobt dessen Bewohnbarkeit, d. h. er erprobt die neue Überlebensform. Allerdings wird die Kurzzeittherapie beendet sein, bevor sich gezeigt hat, dass aus der Überlebensform eine Lebensform geworden ist, d. h. die permanente Bedrohung gewichen ist und innere und äußere Lebensqualität entstanden ist.

Eine aus der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie psychischer Störungen abgeleitete strategische Kurzzeittherapie hat mit variabler Zahl der Therapiestunden etwa die folgende Themenabfolge:

- Erste Stunde: Erstgespräch: Der Mensch, seine Beschwerden, die Auslöser, Verstärker
- Zweite Stunde: Befunderhebung, Diagnostik: Symptome, Syndrome, Diagnosen
- Dritte Stunde: Anamnese: Biographie und Familie
- Vierte Stunde: Organismus-Variable O: Schemaanalyse (Überlebensregel), Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Beziehungsdiagnostik
- Fünfte Stunde: Fallkonzeption (Verhaltens- und Zielanalyse, Therapieplan)
- Sechste Stunde: Symptomtherapie (Achtsamkeit, Akzeptanz, Bereitschaft, Exposition)
- Siebte Stunde: Ressourcenanalyse & Ressourcennobilisierung
- Achte Stunde: Metakognitionstherapie. Von der dysfunktionalen Überlebensregel zur Erlaubnis gebenden Lebensregel
- Neunte Stunde: Emotionstherapie 1: Tiefe emotionale Erfahrung – Gefühle wahrnehmen
- Zehnte Stunde: Widerstandsanalyse (regressive Ziele, das Dilemma, Loslassen)
- Elfte Stunde: Neue Fertigkeiten ausprobieren im Umgang mit mir und mit anderen
- Zwölfte Stunde: Angst vor Veränderungen – ich stelle mich der Angst und den Gefahren
- Dreizehnte Stunde: Emotionstherapie 2 – neuer Umgang mit Bedürfnis, Angst, Wut, Trauer
- Vierzehnte Stunde: Niederlagen machen „wehrhaft“
- Fünfzehnte Stunde: Umgang mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen
- Sechzehnte Stunde: Entwicklung zur zwischenmenschlichen Stufe – Empathie
- Siebzehnte Stunde: Persönliche Werte – vom bedürfnis- zum wertorientierten Menschen
- Achtzehnte Stunde: primärer, sekundärer und tertiärer Selbstmodus
- Neunzehnte Stunde: Das neue Selbst und die neue Welt
- Zwanzigste Stunde: Neue Beziehungen
- Einundzwanzigste Stunde: Automatisierung, Generalisierung, Selbstmanagement

Zweiundzwanzigste Stunde:

Nach dem Überleben kommt das Leben

Dreiundzwanzigste Stunde: Rückfallprophylaxe

Vierundzwanzigste Stunde: Abschied und Neubeginn

Auch die Reihenfolge der Themen kann variieren. So beginnt zum Beispiel eine Angsttherapie möglichst früh mit dem „Lernen mit der Angst umzugehen“. Eine Depressionstherapie wird die durch neue Aktivitäten gemachten „neuen Erfahrungen“ relativ früh ermöglichen. Und bei einer Zwangsbehandlung wird alles viermal so lange dauern.

Wenn es Ihre erste oder eine Ihrer ersten Therapien ist, brauchen Sie für alles doppelt so lang und Sie sollten sich die Zeit nehmen. Machen Sie aus einer 50-Minuten-Sitzung eine Doppelstunde oder bestellen Sie den Patienten zweimal wöchentlich ein. Ihr großer Zeitbedarf als AnfängerIn kann aber eventuell nicht in vollem Umfang der Krankenkasse angelastet werden, weil sonst mitten in der Behandlung das Geld ausgeht. Auch wenn Sie allmählich geübter sind, werden Sie bei vielen Patienten den Umfang einer Langzeittherapie in Anspruch nehmen müssen. Wir konnten allerdings in zwei noch nicht veröffentlichten empirischen Studien feststellen, dass bei vielen Patienten eine Kurzzeittherapie ausreicht, weil diese ihnen so viel mitgibt, dass sie danach ihre eigenen Kompetenzen effektiv nutzen können – mit dem Gefühl, es jetzt selbst zu schaffen.

Die Themen wurden in diesem Buch ausführlich untersucht und diskutiert. Wir haben also die Therapie während der Lektüre schon einmal von der strategischen Seite der Hintergrundbetrachtungen her ablaufen sehen. In der praktischen Durchführung begegnen sich jedoch zwei Menschen mit ihrer je eigenen Persönlichkeit und Biographie und in ihrem jeweiligen momentanen Lebenskontext. Eine TherapeutIn, die sich gerade in Scheidung befindet, ist eine völlig andere als jene, die soeben geheiratet hat. Also werden zwei grundverschiedene Therapien resultieren. Vielleicht befinden sich beide in einem solchen Ausnahmezustand,

dass sie ihre Therapie besser unter vorübergehender Supervision durchführen sollten.

4.1.2.1 Die TherapeutIn

TherapeutInnen, die eine Kurzzeittherapie durchführen wollen, müssen für ihre eigene Person obige Themen gründlich geklärt haben. Die **Selbsterfahrung** in der Verhaltenstherapieweiterbildung leistet dies nur im Ausnahmefall. Also bleibt die Selbstanalyse und die Selbstmodifikation, genauer: die **Selbstentwicklung**.

Ich bevorzuge diesen Ausdruck vor Kanfers Begriff des Selbstmanagements (Kanfer et al., 2012), der im Wesentlichen dasselbe meint. Allerdings führt der Begriff „Selbstmanagement“ leicht zu der Illusion, dass dieser Vorgang Sache der willkürlichen Psyche sei, d. h. dass es darum gehe, so viel wie möglich bewusst intendierten Verhaltens herzustellen, um eine weitgehend bewusste Steuerungsmöglichkeit über die eigenen Reaktionen zu haben. Der Begriff „**Selbstentwicklung**“ geht dagegen von einer dem Menschen innewohnenden natürlichen Tendenz zur Weiterentwicklung auch im Erwachsenenalter aus, d. h. das ganze Leben hindurch. Zudem gesteht es der autonomen Psyche des Menschen zu, diese Entwicklung zu vollziehen, während die willkürliche Psyche, lediglich entwicklungshemmende Unternehmungen und Barrieren reduzieren und entwicklungsfördernde Unternehmungen realisieren soll, d. h. lediglich eine Moderatorfunktion haben kann. Mein Buch „Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt“ (Sulz, 2012c) kann ein Türöffner oder gar Eintritt in die Selbsterfahrung sein, ohne die keine Therapie begonnen werden sollte.

Wenn wir nach diesen Überlegungen vom **autonomen Menschen** sprechen, so erhält der Begriff „autonom“ eine doppelte Bedeutung. Der autonome Mensch hat sich einerseits von den Abhängigkeiten seiner Kindheit befreit. Wenn dies gelungen ist, so versucht seine autonome Psyche andererseits auch nicht mehr, diesen alten Abhängigkeiten gerecht zu werden. Bis dahin hatte sie stets versucht eine „abhängige“ Homöostase anzustellen (der Welt muss genüge getan werden) – auf

Kosten der individuellen Homöostase (dem Selbst muss genüge getan werden). Frei von diesen Abhängigkeiten kann sich nun eine „autonome“ Homöostase einstellen, die sich im Sinne Kegans (1986) in der Bezogenheit auf die soziale Welt zu einer „überindividuellen“ Homöostase entwickeln kann. Die autonome Psyche ist jetzt im doppelten Sinne autonom. Sie ist frei – für Beziehungen.

Da kaum eine TherapeutIn diese überindividuelle Entwicklungsstufe ganz erreicht hat, ist es für jede Psychotherapie sehr wichtig, dass er seinen Entwicklungsstand kennt und weiß, welchen Einfluss dieser auf Patienten verschiedener Entwicklungsstufen haben wird und welche spezifischen Therapieprobleme jeweils zu erwarten sind. Er wird einem Patienten kaum weiterhelfen können, als er selbst ist. Dabei kann es durchaus reichen, wenn ich selbst in Entwicklung bin (und nicht stagniere) und dem Patienten dazu ver helfe, einer zu werden, der dabei ist (und hoffentlich dabeibleibt) sich zu entwickeln.

4.1.2.2 Der Patient, die Patientin

Die **TherapeutInnenwahl** unserer PatientInnen findet auf die gleiche Weise statt wie die Partnerwahl. Hier wie dort wählen manche gar nicht, sondern werden geschickt und ausgewählt. Wenn nicht gerade ein schweres akutes Syndrom den Patienten an den erstbesten therapeutischen Helfer fesselt, ist dies bereits ein Diagnostikum, das freilich nur aus der „Vogelperspektive“ wahrgenommen werden könnte. Die meisten PsychotherapeutInnen machen sich keine Gedanken über die vom Patienten angestellten Vergleiche. Würden sie das tun, dann wüssten sie eher, was der Patient eigentlich von ihnen erwartet. Sie würden allerdings auch nicht so naiv in die Verliebtheitsphase der Therapie hineinschlittern. Es lohnt sich deshalb, sich die Frage zu stellen, wem von den primären Bezugspersonen der Kindheit die TherapeutIn am ehesten ähnelt bzw. zu welchem von beiden er am ehesten der Antityp ist (der ideale Vater oder die ideale Mutter). Dieser Wahlmodus darf nicht mit Übertragung verwechselt werden, denn es geht um die reale Person der Therapie-

therapeutIn, um ihre Persönlichkeit. Eine Übertragung oder Übertragungsneurose im Sinne der Psychoanalyse entsteht erst dann, wenn emotionale Reaktionen des Patienten nicht auf die vorhandenen, sondern auf die projektiv wahrgenommenen Eigenschaften oder Handlungstendenzen der TherapeutIn hin erfolgen. Insofern müssen wir das „Auserwählte“ vom „Übertragenen“ unterscheiden. Mit beiden muss völlig anders umgegangen werden. Die Übertragung bedarf der Akkommodation des Patienten, das Auserwählte bedarf der Akkommodation der TherapeutIn.

Insofern ist sowohl die Frage zu stellen:

„Welche Bedeutung hat mein Persönlichkeitstyp für meinen Patienten und dessen Therapie?“,
als auch die Frage:

„Welche Bedeutung hat meine Biographie für mein Verständnis des Patienten und für seine Biographie?“

Auch eine dritte Frage sollte gestellt werden:

„Welche Bedeutung hat dieser Patient mit seiner Biographie für die TherapeutIn und ihre Biographie?“

Mit der TherapeutInnenwahl betreibt der Patient bereits eine diagnostisch wichtige, subjektive Konstruktion, eine direkte Objektivierung seiner Subjektivität, einen Schritt zur Self-fulfilling prophecy. Oder einen Reparaturversuch, der, wenn die TherapeutIn die daraus entstehende therapeutische Aufgabe nicht erkennt und löst, wie andere bisherige Reparaturversuche scheitern wird und damit erneut eine Self-fulfilling prophecy heraufbeschwört oder, anders ausgedrückt, zum Wiederholungszwang wird.

Bereits im **Erstgespräch** sollten die Wahrnehmungen der TherapeutIn auf diese Aspekte gerichtet sein. Diese sind nicht kognitiv erschließbar, nur affektiv spürbar. Beziehung ist nie kognitiv – sie ist stets emotional. Insofern ist **Beziehung** das sich zwischen zwei Menschen einstellende emotionale **interaktionelle Verhaltensstereotyp**. Wenn wir der autonomen Psyche eines Menschen die Fähigkeit zusprechen, unter Umgehung der bewussten

Wahrnehmungen der willkürlichen Psyche das persönliche Verhaltensstereotyp des Gegenübers ganzheitlich zu erfassen und darüber hinaus auch Vorhersagen über dessen interaktionelles Verhaltensstereotyp (dessen Beziehungsmodi) zu machen, so nähern wir uns einer Erklärung der Treffsicherheit der Partnerwahl und der Therapeutenwahl. In Bezug auf die Partnerwahl kennen wir genügend eindrückliche, dramatische Fallbeispiele, die diese Fähigkeit begründen. Auch bezüglich der TherapeutInnenwahl sollten wir solange davon ausgehen, bis das Gegenteil bewiesen wurde.

4.1.2.3 Die Therapiestunden

Hinweis: Um nicht ständig zurückblättern zu müssen, werden bei der Beschreibung der einzelnen Stunden Textpassagen der bisherigen Kapitel in Ausschnitten wiederholt.

4.1.2.3.1 Erste Stunde: Erstgespräch: Der Mensch, seine Beschwerden, die Auslöser, Verstärker

1. Stunde

Die erste Begegnung zwischen Patient und TherapeutIn dient dem gegenseitigen Kennenlernen. Dem Patienten wird durch eine kaum strukturierte Gesprächsführung ausreichend Raum gegeben, sich und seine Beschwerden auf seine Weise darzustellen und von sich aus Beiträge zum Inhalt und zur Art des Gesprächs zu bringen.

Die Fremd- und Selbstwahrnehmung der TherapeutIn liefert dieser eine Fülle von Informationen, die zu Hypothesen über den Patienten führen. Diese Hypothesen bilden den Inhalt der zweiten Hälfte des Erstgesprächs – neben dem Versuch, die Auslösesituation und die Symptombildung zu verstehen (Sulz, 2011).

Bis zur zweiten Stunde füllt der Patient zuhause Fragebögen aus, die für die Diagnostik und Evaluation unverzichtbar sind (vgl. Sulz, 2015a, 2008):

- **VDS90 Symptomfragebogen**
- **VDS30 Persönlichkeitsfragebogen**
- **VDS1 Lebens- und Krankheitsgeschichte (23 Seiten, deshalb mehrere Abende Zeit dafür nehmen).**

Er wird auch gebeten, Tagebuch-Aufzeichnungen bezüglich seines Symptoms und dessen situativen Bedingungen zu machen:

- Wann genau?
-
- Wo?
-
- In welcher konkreten Situation?
-
- In Anwesenheit welcher Menschen?
-
- trat das Symptom wie intensiv auf?.....
-

Als tabellarisches Selbstbeobachtungsprotokoll sieht das so aus:

	Datum, Uhrzeit	Ort	Situation	Personen	Symptom
Mo					
Di					
Mi					
Do					
Fr					
Sa					
So					

4.1.2.3.2 Zweite Stunde: Befunderhebung, Diagnostik: Symptome, Syndrome, Diagnosen

2. Stunde

In der zweiten Stunde zeigt sich der Patient oft von einer anderen Seite, so dass wiederum Fremd- und Selbstwahrnehmung der TherapeutIn wichtige ergänzende Informationen bringen.

Der psychische Befund wird in dieser Stunde mit Hilfe des halbstandardisierten Interviews

→ **VDS14-Befund**

vervollständigt, wobei nur auf diejenigen Syndrome eingegangen wird, bezüglich derer der Patient im Erstgespräch Beschwerden genannt hat und

bei denen er im zur zweiten Stunde mitgebrachten VDS90-Symptomfragebogen etwas angekreuzt hat.

Der VDS14-Befund ist eine übersichtliche Erinnerungshilfe, welche Symptome bei welchem psychopathologischen oder Somatisierungs-Syndrom zu erwarten sind und wie gefragt werden kann, um das Vorhandensein eines bestimmten Symptoms zu explorieren. Ein einfaches „ja“ des Patienten auf die Frage reicht nicht aus. Er wird gebeten, das Symptom näher zu beschreiben, bis der Untersucher sich überzeugen kann, dass das betreffende Symptom wirklich vorhanden ist.

In psychiatrischer Tradition wird nach der Befunderhebung auf Symptomebene eine vorläufige **Syndromdiagnose** gestellt, zum Beispiel depressives Syndrom oder Angstsyndrom. Diese beschreibt in einem ersten Schritt zusammenfassend den klinischen Aspekt der Störung des Patienten. Erst danach erfolgt im zweiten Schritt die klassifikatorische Diagnose nach ICD-10 (Dilling et al., 1999).

Dazu können die als kostenlose Downloads (<https://cip-medien.com/shop/verhaltensdiagnostik-und-fallkonzeption/>) verfügbaren

→ **VDS14-ICD-Entscheidungsbäume**

zur diagnostischen Klassifikation und Differentialdiagnose selektiv herangezogen werden.

Sie haben sich die ausgefüllten Fragebögen vom im Warteraum sitzenden Patienten schon vor Beginn der Therapiesitzung geben lassen und können einen Blick darauf werfen, bevor Sie mit dem Gespräch beginnen – damit Sie dann nicht statt mit dem Patienten zu sprechen, dauernd in die Fragebögen schauen.

Manche PsychotherapeutInnen neigen dazu, dem Symptom zu wenig Bedeutung beizumessen. Ja, oft wird sogar zur Symptomorientierung abwertend Stellung genommen. Symptomorientiert wird mit oberflächlich, unwirksam gleichgesetzt und einer kausalen, wirklich wirksamen Therapie gegenübergestellt. In den Betrachtungen der kausalen Kette spielt dann bald das Symptom keine Rolle mehr, d.h. dass vom Symptom abstrahiert und auch nur noch der Mensch, der irgendeine

psychische Störung entwickelte, gesehen wird. Dies bedeutet, dass die Ursache des Symptoms und die Pathogenese gar nicht mehr interessiert. Es wird von der Hypothese ausgegangen, dass ohnehin jeder Mensch jedes beliebige Symptom entwickeln kann. Hier ist zweierlei zu entgegnen. Zum einen würde uns der Patient gar nicht gegenüber sitzen, wenn er nicht ein Symptom entwickelt hätte. Zum anderen wird über dieser Einstellung versäumt, nach der individuellen **Funktion des Symptoms** zu fragen. Zwei verschiedene Symptome sind wie zwei Schlüssel zu zwei verschiedenen Schlössern, wer sie nicht als solche versteht, kann auch die Tür zum Verständnis des Patienten nicht aufschließen. Auch die Beobachtung, dass ein und dasselbe Symptom bei zwei verschiedenen Menschen unterschiedliche Funktion haben kann, widerlegt nicht die spezifische Schlüsselfunktion des einzelnen Symptoms bei einem Menschen.

Indikationsstellung: Nur, wenn Sie den Patienten von einer anderen Stelle überwiesen bekommen haben, die bereits Diagnostik und Indikationsstellung betrieben hat, dürfen Sie diesen Schritt weglassen. Es geht darum, zu überlegen, ob verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Behandlung indiziert ist. Da SKT einen sehr großen psychodynamischen Anteil hat, gibt es wenige Patienten, die Sie zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie schicken müssen. Es sind vornehmlich diejenigen, die mit dem verhaltenstherapeutischen Setting voraussichtlich nicht zurechtkommen werden. Davon ausgehend, dass Therapie aus einer motivklärenden und einer Änderungsphase besteht, wollen diese Patienten nicht mit Ihnen konkrete Verhaltensänderungen erarbeiten und üben. Sie wollen, dass Sie ihnen nur helfen, den Konflikt hinter ihrem symptomauslösenden Problem zu erkennen, wie er sich aus den Kindheitsbeziehungen ergeben hat und wie es möglich ist, sich in heutige Beziehungen emotional auf eine neue Weise zu begeben. Nichts davon planen und nichts davon üben. Es gibt keine Diagnose, die es Ihnen abverlangt, den Patienten in ein tiefenpsychologisches Setting zu schicken (und umgekehrt).

Wir können darüber hinaus sagen, dass das Symptom der **Beziehungstifter** zwischen Patientin und TherapeutIn ist. Der Patient geht zur TherapeutIn eine Beziehung nur ein, weil er sich daraus Symptomlinderung erhofft. Eine durch die Krankenkasse bezahlte Psychotherapie hat als erste Aufgabe die Behandlung des aktuellen Krankheitsgeschehens. Eine persönliche Disposition mit den zugrundeliegenden habituellen emotionalen, kognitiven und Handlungstendenzen ist in diesem Sinne keine Krankheit. Sie zu behandeln liegt im Interesse der Krankenkasse nur dann, wenn sonst die Gesundheit nicht anhalten würde.

Statt der halbstandardisierten Befunderhebung können Sie auch auf die Arbeitsblätter des Praxismanuals zurückgreifen, indem der Patient selbständig (zu Hause und ergänzend in der Therapie-sitzung mit Ihrer Unterstützung im Dialog) seine Beschwerden, seine Symptome und sein Syndrom festhält und feststellt:

SKT01: Leiden Beschwerden Symptome
SKT02: Welche Symptome habe ich?
SKT03: Wie und wozu mein Symptom entstand

(SKT steht für Strategische Kurzzeittherapie)

Achten Sie darauf, dass Sie entweder mit dem Praxismanual und seinen SKT-Arbeitsblättern (bzw. einer Auswahl) arbeiten (der patientenorientierte Weg) oder mit VDS-Fragebögen und Interviewleitfäden (der wissenschaftliche Weg), aber dem Patienten nicht beides zumuten. Wenn Sie sich entschlossen haben, mit den SKT-Arbeitsblättern zu arbeiten, kann sich der Patient das Praxismanual kaufen. Sonst haben Sie ständig Kopierarbeiten vor sich.

Damit der Patient nicht zu lange warten muss, bis er selbst etwas tun kann, können Sie die nächsten beiden SKT-Arbeitsblätter nach Hause mitgeben:

SKT04: Mit meinem Symptom umgehen lernen
SKT05: Was ich gleich ändern kann und will – mein erster Projektvertrag

Mit dem Arbeitsblatt SKT04 (mit meinem Symptom umgehen lernen) kann der Patient die Erfahrung machen, dass die Symptome beeinflussbar sind, so dass Hoffnung und die Erwartung von therapeutischer Wirksamkeit entstehen kann.

Wenn es Ihnen gelingt, den Patienten für das SKT05-Projekt (Was ich gleich ändern kann und will) zu gewinnen, haben Sie ihn schon auf eine Bahn gebracht, die ihm erste wichtige Selbstwirksamkeitserfahrungen einbringt.

Wenn die Erkrankung den Patienten noch sehr einschränkt, warten Sie eher noch mit den ersten Veränderungsprojekten.

4.1.2.3.3 *Dritte Stunde: Anamnese: Biographie und Familie*

3. Stunde

Psychoedukative Variante: Der Patient hat schon zur zweiten Sitzung den Anamnesefragebogen VDS1 (<https://cip-medien.com/kostenlose-downloads/>) mitgebracht oder diesen alternativ im „Praxismanual-Strategien der Veränderung von Erleben und Verhalten“ (S. 350-377) ausgefüllt, so dass Sie ihn bis zu dieser Sitzung sorgfältig durchlesen konnten. Nun werden mit ihm die wichtigen Aspekte seiner Biographie durchgesprochen. Insbesondere werden die affektiven Bedeutungen der Erlebnisse seiner Lebensgeschichte erfragt und die emotionalen Beziehungen zu den Bezugspersonen. Ziel dieser Nachexploration ist es, die notwendigen Informationen zu sammeln, um ein erstes hypothetisches, individuelles Störungsmodell skizzieren zu können. Dabei werden gezielte Fragen bezüglich aller oben ausführlich diskutierten Bestimmungstücke der affektiv-kognitiven Entwicklungstheorie gestellt. Es kann hilfreich sein, mit dem Patienten gemeinsam den
→ **VDS24-Fragebogen**

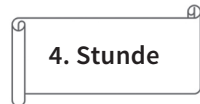
Frustrierendes Elternverhalten (alternativ SKT07 a-c) auf folgende Weise durchzugehen: Ich möchte Sie einladen, sich an Ihre Kindheitsjahre mit Ihren Eltern zu erinnern. Das geht am besten, wenn Sie die Augen schließen und ein inneres Bild z. B. der

Wohnung, in der Sie damals gelebt haben herholen. Sehen Sie dort Mutter und Vater, wie sie damals waren und sich selbst als kleines Kind. Ich lese Ihnen nun Sätze vor, die beinhalten, was Sie eventuell bei Mutter und Vater vermisst haben. Wenn Sie danach die Augen wieder geöffnet haben, können Sie mir sagen, was in welchem Ausmaß zutraf.

Falls keine Zeit mehr für das Erheben von zentralem Bedürfnis, zentraler Angst und zentraler Wut ist, wird dem Patienten bis zum nächsten Mal der → *VDS27-Bedürfnis-Fragebogen (alternativ SKT09)* → *VDS28-Angst-Fragebogen (alternativ SKT11a)* → *VDS29-Wut-Fragebogen (alternative SKT11b)* zum Ausfüllen mit nach Hause gegeben.

Er soll diese ebenfalls erst nach der in der Instruktion vorgeschlagenen Imagination ausfüllen. Auf diese Weise wird das implizite System eine emotionale Antwort geben können, während reines Fragebogenausfüllen nur zu dem führt, was das explizite System weiß oder sich kognitiv zusammenreimt.

4.1.2.3.4 Vierte Stunde: Organismus-Variable O: Schemaanalyse (Überlebensregel), Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Beziehungsdiagnostik



Schemaanalyse: Die dysfunktionale Überlebensregel

Ziel dieser Therapiestunde ist es, die Organismus-Variable O für den konkreten Behandlungsfall zu definieren. Dabei werden Hypothesen zum Entwicklungsstand und zur Persönlichkeit des Patienten durch weiteres Erfragen von Erleben und Verhalten in typischen Alltagssituationen und in Problemsituationen gebildet. Gemeinsam mit der siebten Stunde entspricht dies einer vertikalen Verhaltensanalyse nach Caspar und Grawe (1982) und ist deren Plananalyse nicht unähnlich. Die schließlich formulierte Überlebensregel als maladaptives kognitiv-affektives Schema weist einerseits auf die Entwicklungsstufe des Patienten hin und andererseits auf sein dysfunktionales Verhaltensstereotyp im Sinne eines dysfunktionalen Persönlichkeitsaspekts (Persönlichkeitstypus).

Diese Überlebensregel ist zugleich die innere Weichenstellung zur Symptombildung. Sie gebietet ein Verharren in den alten dysfunktionalen Verhaltensstereotypen, die jedoch zur Lösung des aktuellen Lebensproblems untauglich sind. Wenn bestätigt werden kann, dass die gefundene Überlebensregel tatsächlich das in der symptomauslösenden Situation entscheidende Verbot bewirkt, so spricht dies für ihre Wirksamkeit in der psychosozialen Homöostase des Patienten.

Die Überlebensregel lässt sich gemeinsam mit dem Patienten gut erarbeiten. Zuvor ist es sinnvoll, ihn nach fünf Eigenschaften als Kind und fünf Eigenschaften als Erwachsener vor der Erkrankung zu fragen. Oft sind die neuen erwachsenen Eigenschaften keine eigentliche Weiterentwicklung, sondern Elaborationen der kindlichen Bewältigungsstrategien, so dass die Überlebensregel für beide gilt.

Sie können das PKP-Überlebensregel-Modul oder das Arbeitsblatt SKT16 des Praxismaterials als Leitfaden nehmen:

- *Meine Überlebensregel im PKP-Handbuch Psychotherapie-Grundkurs Seite 98-105*
- oder
- *Praxismaterial SKT16: Meine Entwicklungs- und Lebensregel finden S. 124 ff.*
- oder Sie können auch
- *die erlebnisorientierte Vorgehensweise nach Hauke (2013, S. 152)* übernehmen.

Entwicklungsdiagnostik

Was in der kognitiven Entwicklungstheorie die Überlebensregel ist, ist in der Tiefenpsychologie der unbewusste Konflikt. Allerdings gehen wir davon aus, dass das Dilemma des Patienten in der symptomauslösenden Situation bewusstseinsfähig ist und wir greifen auch nicht auf ein umfassendes psychoanalytisches Theoriegebäude zurück. Die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie legt nahe, dass sich in der symptomauslösenden Situation zeigt, auf welcher Entwicklungsstufe der Patient verharrt. Zur Problemlösung müssten ihm die Errungenschaften der nächst höheren Entwicklungsstufe verfügbar sein. Eine einfache Hilfe zur Entwicklungsdiagnose sind folgende Vorgaben

(für schwierige Situationen mit wichtigen Menschen! – in einfachen Alltagssituationen ist der Patient ebenso wie wir selbst auf einer höheren Entwicklungsstufe):

- Ich bin (noch) (in dieser schwierigen, für mich kaum lösbaren Situation)
- Ich brauche (noch) (welches der 21 zentralen Bedürfnisse?)
- Ich kann schon (z. B. spüren, was ich will und was ich nicht will)
- Ich brauche nicht mehr (z. B. an die Hand genommen werden)
- Ich kann noch nicht (z. B. sagen, was ich nicht will)
- Ich fürchte (noch) ... (welche der sieben zentralen Ängste?)
- Mein Dilemma bzw. mein Konflikt ist:
 - Alternative 1: Entweder ich handle so:
 - (mit dem Vorteil, dass und dem Nachteil, dass)
 - Alternative 2: oder ich handle so:
 - (mit dem Vorteil, dass und dem Nachteil, dass)
 - Meine Überlebensregel verlangt von mir Alternative Nr. ...

Mit großer Wahrscheinlichkeit hat der Patient sich so beschrieben, dass er sich emotional auf der impulsiven oder gar einverleibenden Stufe befindet, also ohne die Fähigkeit, logisch denkend selbst zu einer wirksamen Problemlösung zu kommen.

Wenn wir das eigentliche adäquate Verhalten zur Problemlösung dem tatsächlich in der symptomauslösenden Situation ausgeübten Verhalten gegenüberstellen und dabei den Konflikt und die Befürchtungen vor den Folgen des adäquaten Problemlösens einbeziehen, können wir erkennen, **welche Entwicklungsstufe** noch nicht erreicht wurde.

Dies ist für die Zielformulierung von zentraler Bedeutung, da die Therapie darauf abzielen sollte, dem Patienten zu einer affektiv-kognitiven Umstrukturierung seines Selbst- und Weltbildes zu verhelfen, das ihm das adäquate Verhalten zur Problemlösung erlaubt. Dieses für das akute Problem erforderliche Verhalten ist erst auf der nächst höheren Entwicklungsstufe verfügbar. Wir versu-

chen deshalb herauszuarbeiten, welche Barrieren diesen Entwicklungsschritt bisher verhindert haben. Die drei Aussagen „Ich brauche noch ...“, „Ich kann noch nicht ...“ und „Ich fürchte ...“ geben die Antwort auf die Frage nach den entwicklungshemmenden Barrieren. Wer zum Beispiel Geborgenheit für unverzichtbar hält und noch nicht allein sein Leben in die Hand nehmen kann, fürchtet Verlassen-werden, wenn er vitale eigene Interessen gegen den Ehepartner durchsetzen sollte. Er gibt nach, kann diese Verletzung seiner vitalen Interessen aber nur mit Hilfe einer Symptombildung ertragen. Nun ist der Schritt auf die nächste Stufe dran. Das ist in der Regel die souveräne Stufe, in der kausales Denken möglich ist und damit die Vorhersage der Folgen eigenen Verhaltens, aber auch das Erkennen der Ziele, die andere mit deren Verhalten erreichen wollen.

Eine zusätzliche Hilfe können die Anleitungen im Psychotherapie-Leitfaden sein: *Kognitive Entwicklung im PKP-Handbuch Psychotherapie-Grundkurs Seite S. 73-78.*

Persönlichkeitsdiagnostik

Neben der Bestimmung des Entwicklungsstandes bzw. der Übergangsphase, mit der die symptomauslösende Situation gleichgesetzt werden kann, ist eine Persönlichkeitsdiagnostik hilfreich. Der VDS30-Persönlichkeitsfragebogen ist ja bereits ausgewertet und das Profil kann betrachtet werden. Die durch sie gefundenen dysfunktionalen Verhaltensstereotypen lassen sich ebenfalls auf eine dysfunktionale Überlebensregel zurückführen, die die wesentliche Entwicklungsbarriere darstellt. Wir können durch sie verstehen, warum und wozu die Lebens- und Beziehungsgestaltung pathogen wurde.

Wenn beim VDS30-Persönlichkeitsfragebogen sehr oft der Wert 2 oder 3 angekreuzt wurde, sollten Sie den betreffenden Persönlichkeitsaspekt mit dem → **VDS30-Int Persönlichkeitsstörungs-Interview** nachexplorieren (<https://cip-medien.com/kostenlose-downloads/>). Dabei lassen Sie sich zu allen mit mindestens 2 angekreuzten Items dieser Skala eine Erläuterung und eine Beispielsituation geben. Das halbstandardisierte Interview ermöglicht Ihnen zusätzlich zu Ihren Beobachtungen im Quer-

und Längsschnitt in relativ kurzer Zeit die Diagnose einer eventuell vorliegenden Persönlichkeitsstörung – die ja Ihre Beziehungsgestaltung und Ihre Therapiestrategie sehr beeinflusst.

Bereits hier können erste Veränderungen bezüglich dysfunktionaler Persönlichkeitsaspekte eingeleitet werden. Wählen Sie gemeinsam mit dem Patienten ein Item des wichtigsten VDS30-Persönlichkeitszugs aus, welches ein Verhalten benennt, das er sehr gern ändern möchte und dessen Änderung bereits jetzt machbar ist, z. B. statt ja zu sagen, obwohl ich nein fühle, jetzt zu sagen, dass ich mir das noch überlegen möchte und später die Antwort gebe.

Experimentierbuch (im Praxismanual S. 299f):

Welche konkrete Situation?

.....

Welche Person ist da?

.....

Mein Anliegen (Hoffnung/Furcht):

Ich hoffe (zentrales Bedürfnis)

Ich fürchte (zentrale Angst)

Ihr Anliegen/Wunsch:

Mein bisheriges Handeln entsprechend meiner bisherigen Persönlichkeit:

.....

Mein neues Handeln entgegen meiner bisherigen Persönlichkeit:

.....

Bis zur nächsten Sitzung erhält der Patient als Vorbereitung auf das nächste Thema die Aufgabe, seine gegenwärtigen Beziehungen auf je einer DIN-A-4-Seite zu beschreiben und dazu je eine konkrete Situation zu beschreiben, die typisch für die Beziehung ist.

Beziehungsdiagnostik

Die oben beschriebenen Persönlichkeits- und Entwicklungstypen geben ein grobes Raster für die Beziehungsdiagnostik. Sie entspricht nicht notwendigerweise der Entwicklungs- und Persönlichkeitsdiagnostik, da sich in der psychosozialen Homöostase des Familiensystems ein eigenes Gleichgewicht einstellen kann, das sich vom Entwicklungsniveau der individuellen Homöostase unterscheidet – und zwar nach oben und nach unten verschoben. Hat sich in der Partnerschaft ein

höheres Entwicklungsniveau eingestellt als beim Individuum, so liegt in Bezug auf das Individuum eine Pseudoentwicklung vor, denn als Einzelperson ohne PartnerIn könnte dieses Niveau nicht eingehalten werden. Meist finden sich jedoch Menschen, die das gleiche Entwicklungsniveau haben, allerdings meist komplementäre Rollen einnehmen, etwa in der Ausgestaltung einer Kollusion (Willi, 1981). Wir lassen uns vom Patienten die gewöhnlichen und außergewöhnlichen Interaktionen in seinen zentralen Beziehungen ausführlich schildern und versuchen, allmählich eine eigene Phantasie dieser Beziehung zu entfalten. Die so gebildete Hypothese des Niveaus der Beziehungsgestaltung prüfen wir durch Fragen nach weiteren Beispielen und Gegenbeispielen. Die Interaktionsregel, die das emotionale Überleben in der Beziehung und zugleich das Überleben der Beziehung gewährleisten soll, definiert zugleich die Störung der Beziehung und weist uns auf das Ziel der Behandlung hin. Es gibt kaum einen Patienten, der seine zentralen Beziehungen zu seiner Zufriedenheit gestalten kann. Diese Aussage trifft zu, wenn wir auch die beruflichen Beziehungen als zentral bezeichnen, etwa zum Vorgesetzten, zu den ständigen MitarbeiterInnen oder zu den Untergebenen.

Mit einer Imaginationsübung „Emotionales Erleben wichtiger Beziehungen“

→ **SKT24: Emotionales Erleben wichtiger Beziehungen** kann die Bedeutung der wichtigen Beziehungen erarbeitet werden. Nachdem Sie sich mit dem Patienten geeinigt haben, welche sehr wichtige Bezugsperson und zugleich Problemperson Gegenstand dieser imaginativen Beziehungsklärung sein soll, bitten Sie den Patienten, die Augen zu schließen und instruieren ihn dann so (hier wird als Beispiel „mein Mann“ eingesetzt):

„Laden Sie Ihren Mann ein, jetzt zu Ihnen in diese Imagination zu kommen. Sie sehen ihn noch weit entfernt, so dass Sie ihn gerade noch an seinen Konturen und Bewegungen erkennen können. Er kommt in der Geschwindigkeit näher, die für Sie stimmig ist. Allmählich sehen Sie sein Gesicht, erkennen seinen Blick, seine Augen, wie er Sie anschaut. Lassen Sie ihn in der Entfernung zum Stehen kommen, die für Sie passend ist. Er steht

Ihnen gegenüber. Wie fühlt sich das an? Benennen Sie das innerlich:

- Ich fühle in mir
- Ergänzen Sie auch die weiteren Satzanfänge, die ich jetzt ausspreche:
- Ich brauche von dir
- Ich fürchte von dir
- Ich will von dir nicht
- Ich mag an dir nicht
- Ich mag an dir
- Du bist für mich

Verabschieden Sie sich nun von Ihrem Mann und lassen ihn wieder zurückgehen. Schauen Sie ihm noch etwas nach und öffnen dann die Augen. Jetzt können Sie diese Sätze aufschreiben.“ (Praxismanual S.182).

Eine gemeinsame Rekonstruktion der subjektiven Wirklichkeit der Beziehungen erarbeitet die Subjektivität dieser Wirklichkeit. Aus der Schilderung des Patienten rekonstruiert die TherapeutIn für sich die Beziehungswirklichkeit des Patienten. Der Vergleich ihrer Rekonstruktion mit der ursprünglichen Konstruktion des Patienten ergibt die Subjektivität des Patienten, zum Beispiel, dass der Chef absichtlich einen strengen Vorgesetzten eingesetzt hat, nur um den Patienten zu schikanieren. Oder die Überzeugung, dass die Ehepartnerin ganz gut ohne den Patienten auskommt und er ihr nur im Wege steht. Die in dieser Therapiesitzung durchgeführte Beziehungsdiagnostik ist zugleich ein Versuch, die subjektive Beziehungswirklichkeit zur Beziehungshypothese umzudefinieren und empirische Überprüfungen dieser Hypothese bzw. Grundannahme nach Beck (1979) in operationalisierter Form zu formulieren, zum Beispiel: „Wenn ich meinem Mann sage, dass ich nicht mehr bereit bin, seine abwertenden Äußerungen hinzunehmen und mir diese für die Zukunft verbitte, wird seine Reaktion entweder sein, dass er mich verlässt (Hypothese) oder er ist verwirrt über meine Entschiedenheit und wird sich darauf besinnen, dass er mich doch braucht (ein erster Schritt zur Falsifizierung der Hypothese)“. Aus dieser Hypothese wurde ja die dysfunktionale Überlebensregel, die verbietet, genau das zu tun.

Die empirische Hypothesenprüfung verändert nicht nur das Selbst- und Weltbild des Patienten und damit die subjektive Beziehungswirklichkeit, sondern schafft auch eine wirklichere Beziehung. Also wird der Patient eingeladen, bis zur nächsten Stunde mit der empirischen Prüfung seiner Beziehungshypothese zu beginnen und in einer genau festgelegten Situation genau das zu sagen und zu tun, was die Überlebensregel verbietet.

4.1.2.3.5 *Fünfte Stunde: Fallkonzeption (Verhaltens- und Zielanalyse, Therapieplan)*

5. Stunde

Vermutlich hatten TherapeutIn und PatientIn bereits nach der dritten Stunde ein ihn überzeugendes individuelles Störungsmodell gefunden. Dem Patienten wurde dieses bereits durch die Art der Fragen nahegelegt. Insofern ist er auf das bedingungsanalytische Gespräch in der vierten Stunde vorbereitet. Ein guter Interviewleitfaden zur Verhaltensanalyse ist das

→ *VDS21 Verhaltensanalyse Interview (alternativ SKT03)*

In dieser Stunde muss noch einmal überprüft werden, wann das jetzige Syndrom wirklich begann. Es interessiert zwar, ob das Symptom eine zu diesem Zeitpunkt völlig neuartige Schöpfung des Patienten ist, oder ob es in abgeschwächter Form vor fünf oder zehn Jahren schon einmal vorübergehend auftrat. Auch wenn es früher schon aufgetreten ist, wird aber nun wichtig, den Zeitpunkt der jetzigen klinischen Syndrombildung gemeinsam festzulegen. Dabei sind die anfänglichen Nennungen des Patienten mehrfach zu hinterfragen. Es scheint nämlich, dass es für einige Patienten unbewusst von großer Bedeutung ist, die zeitlichen Zusammenhänge zu „verschleiern“, da sie kausale Zusammenhänge implizieren. Die kausalen Zusammenhänge verraten aber die Funktion des Symptoms und gefährden diese dadurch. Deshalb hat das alleinige Erarbeiten der zeitlichen Abfolge bereits einen therapeutischen Stellenwert, selbst wenn die TherapeutIn sich mit dem Aussprechen der kausalen und funktionalen Zusammenhänge noch zurückhält.

V. Zusammenfassung

Gute Kurzzeittherapie ist ganz anders als gute Langzeittherapie, bei der mehr Zeit und Raum für Entwicklung und die Beobachtung und Begleitung von Entwicklung vorhanden ist, bei der man mehr zuwarten kann, ob sich das eine oder andere ergibt. Entwicklung findet erst nach einer Kurzzeittherapie statt. Diese stellt nur die Weichen und hilft den ersten Schritt zu tun. TherapeutInnen sind oft zu fürsorglich und trauen ihren Patienten nicht zu, nach einer Kurzzeittherapie allein zurechtzukommen. Kurzzeittherapie hilft dem Patienten auf die Beine, damit er wieder stehen und selbst gehen kann. Seine Schürfwunden kann er selbst versorgen und die Schmerzen lassen allmählich nach, ohne dass wir so lange bei ihm bleiben müssen.

Damit eine Kurzzeittherapie gut wird, bedarf es viel mehr Konzeptualisierung und auch mehr Diagnostik als bei einer Langzeittherapie, bedarf es eines Expertentums (Sachse 2015). Die Zeit tickt schneller und schnell hat man etwas übersehen oder versäumt. Ich muss den Menschen, den ich zwölf plus zwölf Stunden begleite, gleich zu Beginn verstanden haben – seine Innenwelt, eingebettet in den Körper, seine top-down-Selbstregulation und Homöostase mit seiner Überlebensregel ebenso wie die selbstorganisierten bottom-up-Prozesse und Strukturen, die sich bei ihm durch Selbstorganisation der Elemente und Teile ohne Direktive einer übergeordneten Instanz ergeben. Und seine Außenwelt. Sowohl die von ihm konstruierte als auch die realen Personen, die mit ihm laufend in Beziehung sind.

Das störungsübergreifende Konzept der Strategischen Kurzzeittherapie SKT (Sulz 2012a) wurde daraufhin entwickelt und wird immer weiterentwickelt. Die Ausdehnung auf die Langzeittherapie als Strategisch-Behaviorale Therapie SBT (Sulz & Hauke 2010) brachte wichtige Modifikationen, die für die heutige Kurzzeittherapie, sei es als SKT oder als Psychiatrisch-Psychologische Kurz-Psychotherapie PKP (Sulz & Deckert 2012a,b, Sulz, Antoni, Hagleiter & Spaan 2012a,b, Sulz, Sichort-Hebing & Jansch 2015a,b) eine fruchtbare Bereicherung sind.

PKP ist die störungsspezifische Variante der Strategischen Kurzzeittherapie mit systematischer Komposition evidenzbasierter bewährter Interventionen für den jeweiligen Störungsbereich. Die PKP-Therapiekarten erlauben ein sehr zeitökonomisches Vorgehen, so dass an der reinen Symptomtherapie nur eine halbe Sitzung lang gearbeitet wird und viel Zeit für Hintergrundthemen und Ressourcenmobilisierung bleibt.

Ein Therapiekonzept braucht eine Therapietheorie und diese baut auf einer Störungstheorie auf, welche wiederum ein allgemeines Verständnis der menschlichen Psyche voraussetzt.

Bereits vor dreißig Jahren begann die Arbeit an einer Entwicklungstheorie, die unter lernpsychologischen, motivationspsychologischen, emotionspsychologischen, persönlichkeitspsychologischen, tiefenpsychologischen, familien- und sozialpsychologischen und neurowissenschaftlichen Gesichtspunkten individuelle Dispositionen, Vulnerabilitä-

ten und Symptombildungen erklärt. Diese Theorie ist als eine affektiv-kognitive Entwicklungstheorie eine Erweiterung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes, der in der Praxis der Verhaltenstherapie längst realisiert wurde. Andererseits entspricht sie psychodynamischem Gedankengut bezüglich des Menschenverständnisses. Die empirische Forschung erbringt inzwischen zunehmend Belege für die wissenschaftliche Fundierung der in diesem Buch systematisierten heuristischen Modelle praktizierter Psychotherapie.

Dieses Buch sollte ein relativ kurzes Buch sein. Deshalb hat es die zugrundeliegende Theorie und den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse kaum dargestellt. Dazu liegt ab Herbst 2017 ein eigenes Buch vor, nämlich der erste Band von „Gute Verhaltenstherapie lernen und beherrschen“ (S. K. D. Sulz): Verhaltenstherapie-Wissen: So gelangen Sie zu einem tiefen Verständnis des Menschen und seiner Symptome (CIP-Medien-Verlag). Natürlich kann auch dieses Buch nur diejenigen Theorien und empirischen Forschungsergebnisse zusammenfassen und berichten, die für die heutige Verhaltenstherapie grundlegend geworden sind und die das theoretische und wissenschaftliche Fundament des strategisch-behavioralen Ansatzes und der dritten Welle der Verhaltenstherapie sind. Praktizierende PsychotherapeutInnen sollten aber den Kontakt zur Psychotherapie-Wissenschaft nicht verlieren, sondern über deren jeweils neuesten Stand gut informiert sein (Sulz 2014, 2015), um dem akademischen Wesen ihres Berufs gerecht zu werden.

Niedergelassene TherapeutInnen, die den ganzen Tag Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapien durchführen, können selbst zur empirisch-wissenschaftlichen Fundierung wenig beitragen.

Meine Arbeitsgruppe und ich haben allerdings einige empirische Feldstudien zur Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) und zur Psychiatrisch-Psychologischen Kurz-Psychotherapie (PKP) und zur Strategisch-Behavioralen Therapie SBT durchgeführt (Hebing 2012, Graßl 2013, Hoy 2014, Schönwald 2015, Richter-Benedikt 2015, Sedlacek 2015,) und die soeben abgeschlossene zweiphasige Studie zur

PKP-Kurzzeittherapie der Depression (Kaufmayer 2017, Peters 2017). Als Praktiker bleibt uns überwiegend die Möglichkeit, unsere klinischen Wahrnehmungen mit dem bisherigen theoretisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu einem klinischen Theoriemodell zusammenzufügen und diese Theorie so zu explizieren, dass ihre Aussagen von Wissenschaftlern überprüft werden können. Ob nun der Wahrheitsgehalt dieser Theorie für die therapeutische Praxis bedeutsamer ist oder ihr heuristischer Wert, wird sicher nicht einhellig gesehen werden. Mein Anliegen ist zuvorderst das letztere, wenngleich meine Hoffnung wäre, dass die empirische Forschung nicht unentwegt aus ihren selbst gewonnenen Erkenntnissen schöpfen würde, wodurch neben einer klinischen Alltagstherapie eine Wissenschaftstherapie existiert (Wissenschaft aus dem Labor bringt Therapie aus dem Labor). In die Wissenschaft muss klinische Wahrnehmung und Erfahrung Eingang finden.

Als Scientist Practitioner im Sinne Fred Kanfers (Kanfer 1990, Sachse et al., 2014, Sulz 2014, 2015) sehe ich meine Aufgabe in der Überwindung des „scientist-practitioner gap“ im Sinne eines Brückenbaus. Das wäre der Brückenpfeiler auf einer Seite des Flusses. Er benötigt aber den gleichzeitigen Bau des Brückenpfeilers auf der anderen Flussseite. Da müssen aber erst die Berührungsgänge der Wissenschaftler überwunden werden, indem sie z. B. lesen und zitieren, was von Klinikern in non-impact-Journalen geschrieben wird. Es ist für einen Wissenschaftler sicher keine Herabsetzung, wenn er erfahrene TherapeutInnen Therapie machen lässt und als Wissenschaftler diese TherapeutInnen und ihre Therapie beforscht. Dass dies bisher in der Verhaltenstherapie unterlassen wurde, hat verhindert, dass mehr gegenseitige Befruchtung von Therapie und Wissenschaft erfolgen konnte. So haben sich zwei konträre Selbst- und Weltansichten aufrechterhalten: Wissenschaftler verwechseln Wissenschaft mit Therapie und verwechseln Wissenschaftler mit TherapeutInnen. TherapeutInnen negieren die Praxisrelevanz wissenschaftlicher Forschung und die therapeutische Kompetenz von WissenschaftlerInnen. Hier steht

eine Entwicklung und Integration an. Die Widerstände, die dieser Entwicklung entgegenstehen, unterscheiden sich nur wenig von den in diesem Buch diskutierten therapeutischen Widerständen. Im Gegensatz zum individuellen Schicksal verlasse ich mich allerdings auf die Zuverlässigkeit des dialektischen Prinzips, das auch die Geschichte der Psychotherapie kennzeichnet. Lediglich au-

ßerhalb der Psychotherapie liegende Machtstrukturen vermögen die historische Dialektik um Jahrzehnte anzuhalten, allerdings nicht zu verhindern (Woolfolk, 1998, 2016). Schon mit dem Differenzierungsschritt keimt die Tendenz zur Integration auf, so, wie die Tendenz eines Pendels zur Gegenrichtung mit jedem Millimeter des Pendelausschlags wächst.